RECORD DE VACUNA(S) DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El propósito del este formulario es documentar la autorización para recibir la(s) vacuna(s). La información se la puede compartir con otros proveedores del cuidado de salud para asegurar que se complete la serie de vacunas. He recibido una copia de las Prácticas de Privacidad y la(s) hoja(s) de información de la(s) vacuna(s) y he leído, o me han explicado la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho/a con las contestaciones. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de esta(s) vacuna(s) y pido que den la(s) vacuna(s) indicada(s) a mí o a la persona nombrada abajo por la cual tengo autoridad de pedirla(s). Si aplica, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Jefferson para cobrar y recibir el pago directo por parte de la Asistencia Médica por los servicios recibidos en el Departamento de Salud.

DTaP Hib Hep B IPV Rota PCV13 MMR Var Hep A Td Tdap HPV Meningo Infl PPV

Información acerca de la persona que recibirá la vacuna, SS# _____ **Medicare/BadgerCare #** _____

Marque con un círculo: Seguro médico paga vacunas Seguro no paga vacunas No se tiene seguro medico Asistencia médica/ Badgercare

Nombre _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edad** _____ **Masculino / Femenino** _____
 Apellido _____ Primer _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Condado** _____ **Código Postal** _____

Teléfono (____) _____ **Nombre de Madre** _____ **Doctor** _____

(Marque con un círculo): Origen: Hispano No Hispano

1. ¿La persona que recibirá la(s) vacuna(s) tiene alergias a alguna comida o a algún tipo de medicamento? Sí No
2. ¿La persona que recibirá la(s) vacunas(s) alguna vez ha presentado una mala reacción a las vacunas que le aplicaron en el pasado? Sí No
3. ¿La persona que recibirá la(s) vacuna(s) presentó alguna señal de enfermedad en las últimas 24 horas? Sí No
4. ¿La persona que recibirá la vacuna tiene alguna condición médica que le impida ser vacunada (asma, convulsions)? Sí No
5. ¿Esta persona recibió alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas? Sí No
6. ¿Hay alguna posibilidad de que la persona que recibirá la(s) vacuna(s) pueda estar embarazada? Sí No

Firma _____ **Nombre** _____ **Marque con un círculo:** yo mismo(a) padre/madre guardián **Fecha** _____

VACCINE	ROUTE	SITE	DOSE	MAN/EXP	LOT #	SIGN/TITLE	VIS
DTaP	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5 P K				5/17/07 10/22/14
IPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 P K				11/8/11 10/22/14
HIB	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 P				4/2/15 10/22/14
HEP A	IM	RV LV RD LD	1 2 3 T				10/25/11
HEP B	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 T P				2/2/12 10/22/14
ROTA VIRUS	PO		1 2 3				4/15/15
MMR	SC	RV LV RD LD	1 2				4/20/12
VARICELLA	SC	RV LV RD LD	1 2				3/13/08
PCV13	IM	RV LV RD LD	1 2 3 4 5				2/27/13 10/22/14
Td/Tdap	IM	RV LV RD LD	1 2 3				2/24/15
MENINGO	IM	RV LV RD LD	1 2				10/14/11
HPV	IM	RV LV RD LD	1 2 3				3/31/16
Influenza	IM nasal	RV LV RD LD	1 2				8/7/15

R/L = right/left V = vastus lateralis D = deltoid P = Pediarix (DTaP + IPV + Hep B) or Pentacel (DTaP + IPV + Hib) T = Twinrix (Hep A + B) K = Kinrix (DTaP + IPV)

Date Administered _____ **Date VIS given** _____ HIPAA Notice of Privacy Practices

COMMENTS/ INTERPRETER: